

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 90

La paralysie générale chez le noir d'Afrique

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA NEUROSYPHILIS
PARENCHYMEUSE EXOTIQUE

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Juin 1943

PAR

André REYJAL

né à Besançon (Doubs), le 15 novembre 1915

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. EUZIERE, Professeur, *Président*

PAGES, Professeur

P. RIMBAUD, Agrégé

LAFON, Chargé d'agr.

} Assesseurs

Editions M. LECONTE
98. Cours Lieutaud 98
M A R S E I L L E
— — — 1943 — — —

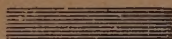
La paralysie générale chez le noir d'Afrique

*CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA NEUROSYPHILIS
PARENCHYMATEUSE EXOTIQUE*



La paralysie générale chez le noir d'Afrique

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA NEUROSYPHILIS
PARENCHYMATEUSE EXOTIQUE



THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

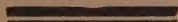
Le 30 Juin 1943

PAR

André REYJAL

né à Besançon (Doubs), le 15 novembre 1915

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



Examineurs
de la Thèse

MM. EUZIERE, Professeur, *Président*

PAGES, Professeur

P. RIMBAUD, Agrégé

LAFON, Chargé d'agr.

} Assesseurs

Editions M. LECONTE

98. Cours Lieutaud 98

M A R S E I L L E

— — — 1943 — — —



PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Chaires :

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI.
Physiologie	HEDON.
Chimie biologique médicale et toxicologie	CRISTOL
Physique médicale	PECH.
Anatomie pathologique et médec. expériment.	BAUMEL
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES.
Thérapeutique et matière médicale	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH.
Hygiène	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL.
Pathologie médic. et clin. propédeutique	BOULET.
Clinique médicale	L. RIMBAUD.
—	GIRAUD, <i>doyen.</i>
Clinique chirurgicale	MASSABUAU, <i>assesseur</i>
—	LAPEYRE.
Clinique obstétricale	P. DELMAS.
Cliniques des maladies ment. et nerveuses	FUZIÈRE, <i>doyen hon</i>
Clinique des malad. des enf. et hyg. du 1 ^{er} âge	FOUDET.
Clinique de dermat-syphiligraphie	MARGAROT.
Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ETIENNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.
Clinique gynécologique	N...
Clinique ophtalmologique	DÉJEAN.
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale.	TERRACOL

Chargés de cours :

Anatomie	LAUX.
Histologie	GRANEL.
Radiologie	LAMARQUE
Propédeutique chirurgicale	AIMES.

Professeurs honoraires

MM. TÉDENAT, BERTIN-SANS, CABANNES, GALAVIELLE,
VIRE, BOSC, VILLARD, GRYNFELT. RICHE.

Chargés d'enseignements complémentaires

MM.	MM.
Chimie	MONNIER, <i>agrégé.</i>
Microbiologie	CARRÈRE, <i>agrégé.</i>
Histoire nat. médic.	HARANT, <i>agrégé.</i>
Pharmacologie	HARANT, <i>agrégé.</i>
Pathologie médicale	BOUCOMONT, <i>agr.</i>
—	BERT, <i>agrégé.</i>
Propédeutique méd.	P. RIMBAUD, <i>agr.</i>
Clinique interne	PUECH, <i>professeur.</i>
Clinique des malad.	
contagieuses	JANBON, <i>professeur.</i>
	Clinique de la tuber culose
	VIDAL, <i>professeur</i>
	Pathologie chir. ...
	MOURGUE-
	MOLINES, <i>agr.</i>
	—
	TRUC, <i>agrégé.</i>
	Chirurgie expérim
	GUIBAL, <i>agrégé.</i>
	Médecine opérat. ...
	ROUX, <i>agrégé.</i>
	Accouchements
	CADERAS
	DE KERLEAU, <i>agr</i>
	Stomatologie
	HOUPERT dr en m ^d

Agrégés en exercice

MM.	MM.
Médecine	P. RIMBAUD.
—	BOUCOMONT.
—	BERT.
—	LAFON, <i>chargé d'agr</i>
Chimie	MONNIER.
Bactériologie	CARRÈRE.
Histoire nat. médic.	HARANT.
	Chirurgie
	MOURGUE-
	MOLINES.
	—
	GUIBAL.
	—
	ROUX.
	Urologie
	TRUC.
	Accouchements
	CADERAS
	DE KERLEAU

A MON PERE ET A MA MERE

Au terme de ces longues années
d'étude je voudrais qu'ils trouvent ici
le témoignage de ma reconnaissance
et de ma profonde affection.

A LA MEMOIRE DE MA TANTE LUCIE

A MES ONCLES ET TANTES

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A MES PROFESSEURS

*De l'Ecole Annexe de Médecine Navale de Brest
De la Faculté et des Hôpitaux de Bordeaux
De la Faculté et des Hôpitaux de Montpellier
De l'Ecole d'Application du Service de Santé
des Troupes Coloniales*

A Monsieur le Médecin-Général SOLCARD

*Directeur de l'Ecole du Service de Santé
de la Marine et des Troupes Coloniales
Associé National de l'Académie de Chirurgie
Officier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre 1914-1918*

A Monsieur le Médecin-Général PELTIER

*Directeur de l'Ecole d'Application
du Service de Santé des Troupes Coloniales
Médaille d'Or des Epidémies
Officier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre 1914-1918
Croix de Guerre 1939-1940*

A Monsieur le Médecin Principal GALLAIS

*Professeur Agrégé de Neuropsychiatrie
du Service de Santé Colonial*

Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse, qu'il trouve ici l'expression de
notre reconnaissance pour son ensei-
gnement et la bienveillance qu'il
nous a toujours témoignée.

A Monsieur le Médecin Principal JOURNE

Médecin des Hôpitaux Coloniaux

En raison de l'accueil si bienveil-
lant qu'il nous a réservé.

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur EUZIERE

*Doyen honoraire de la Faculté de Médecine
de Montpellier*

Professeur de Clinique Neurologique et Psychiatrique

Il nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de notre thèse.
Nous le prions d'agréer l'hommage
de notre très respectueuse reconnais-
sance.

A MES JUGES

Introduction

La syphilis exotique, avec ces particularités symptomatiques et évolutives, a suscité de nombreux travaux dans le monde entier mais en particulier en Afrique du Nord et en Indochine, où elle est rencontrée avec une fréquence extrême.

De toutes les publications qui ont parues depuis le début de ce siècle il ressort que cette syphilis est floride et se localise avec prédilection sur la peau, les os, les différents viscères et plus spécialement l'aorte, mais qu'en contre-partie elle n'atteint qu'exceptionnellement le système nerveux et en particulier n'y détermine presque jamais de neurosyphilis parenchymateuse : tabès et paralysie générale.

Dans une de ses leçons cliniques puis à la réunion de la Société de Dermato-Vénérologie du littoral méditerranéen de mars 1939, consacrée à l'étude du devenir nerveux des syphilitiques, le Professeur Roger faisait à l'époque le point de nos acquisitions en matière de neurosyphilis exotique. Analysant les documents publiés jusque là, il constatait que la conception ancienne de l'absence de syphilis nerveuse dans les races exotiques est submergée par la marée montante de faits bien observés et chaque jour plus nombreux.

De même, Montel, dans une communication à la Société de Pathologie exotique en avril 1942 pouvait écrire : « L'évolution des idées sur la « syphilis exotique » est un exemple frappant de la supériorité de l'observation des faits sur les conceptions théoriques, et des erreurs auxquelles ces dernières peuvent conduire. »

Vers 1920 en effet, cette prétendue immunité du système nerveux des indigènes devant le tréponème était l'un des arguments majeurs des partisans de l'existence de deux souches tréponémiques : l'une neurotrope Européenne, l'autre dermatotrope intertropicale.

Dans certains territoires de notre Empire, ne subsiste plus aujourd'hui aucun doute sur l'existence de la neurosyphilis parenchymateuse de l'indigène et sur sa fréquence relative.

Parmi les nombreux auteurs Français qui se sont intéressés à son étude, et sont responsables de ses progrès, on doit surtout citer : Scherb, Montpellier, L. Raynaud, Porot, Battarel, Brault, Gillot, en Algérie ; Broc, Mareschal, Cassar, Charpentier en Tunisie ; Lacapère, Laurent, Decrop, Donna-dieu, Lépinay au Maroc ; Jeanselme, Dorolle, Massias, Motaïs, Montel en Indochine ; et Riou en Afrique Noire.

Si les atteintes vasculaires du système nerveux sont aujourd'hui d'observation courante, la paralysie générale semble encore bien rarement rencontrée. Les proportions relatives de ces deux modalités d'atteinte du système nerveux sont bien appuyées par des bilans statistiques, tout du moins pour l'Afrique du Nord et l'Indochine, où les travaux et les publications ont été nombreux. Par contre, pour l'Afrique Noire, où les médecins ont été sollicités par les tâches plus urgentes de l'Assistance médicale indigène et de la lutte contre les grandes endémies, le dépistage du tabès et de la paralysie générale n'a pas pu être mené d'une façon aussi active que dans les autres colonies. C'est pourquoi, la pathogénie de la neuro-syphilis étant encore très controversée, il nous a paru intéressant d'apporter à cette question quelques réflexions suscitées par l'analyse d'observations recueillies chez des noirs, par deux médecins du Service colonial de Neuro-Psychiatrie de l'Hôpital militaire de Marseille : mon Maître, le Médecin Principal Gallais, Professeur agrégé du Service de Santé colonial qui m'a inspiré cette thèse, et le Médecin Principal Journe, médecin des Hôpitaux Coloniaux, au cours de deux affections successives à Marseille et à Dakar.

A Marseille transitent tous les mentaux indigènes rapatriés de la Métropole sur leur colonie d'origine.

A Dakar dans les deux grandes formations sanitaires fédérales, au recrutement autochtone s'ajoutent à leur retour tous les indigènes d'A.O.F. : militaires, fonctionnaires, navigateurs, amenés à vivre plus ou moins longtemps hors d'Afrique, soit dans la Métropole, soit dans une autre colonie de l'Empire. Dans ces observatoires remarquables, ces deux spécialistes n'ont pu réunir en cinq ans que six cas de paralysie générale et une association tabès P.G., cliniquement et biologiquement confirmés : ils n'ont pas dépisté un seul cas de tabès pur. Un point sur lequel nous nous permettons d'attirer l'attention, c'est que la facilité, avec laquelle le noir accepte la ponction lombaire, a permis une extension considérable de l'analyse du liquide céphalo rachidien, répondant ainsi au souci constant d'éliminer la trypanosomiase, comme celui de rechercher une étiologie aux troubles mentaux. Ceci permet d'affirmer qu'aucun cas de syphilis nerveuse n'a pu passer inaperçu sur plusieurs centaines de malades examinés dans ces formations.

Observations

Nous nous proposons tout d'abord, d'examiner la valeur des données numériques, qui ont été établies pour la syphilis nerveuses en Afrique, afin de voir si nous pouvons tirer une conclusion sur la fréquence même de la neurosyphilis exotique ; puis nous examinerons celle des observations publiées jusqu'à ce jour. Enfin nous donnerons nos propres observations.

DOCUMENTS STATISTIQUES. — En ce qui concerne nos colonies d'Afrique (Occ. Equat. et Orient.) des documents statistiques ont été publiés dans les Archives de Médecine Navale et Coloniale, mais les chiffres donnés sont discutables et d'ailleurs vivement discutés. Ainsi Peyre relevant pour Madagascar 41 cas de paralysie générale dans les statistiques de 1912 à 1929, est-il pris à parti par Huot qui affirme avec preuves à l'appui « la valeur très relative des statistiques annuelles établies jusqu'à ces dernières années », car « dans les examens pratiqués à l'asile d'Amganamasima de novembre 1932 à janvier 1935, nous n'avons jamais eu la confirmation d'un diagnostic de paralysie générale chez un indigène, par la réunion probante des signes neurologiques et sérologiques, aux syndromes psychiatriques qui pouvaient jusqu'à un certain point faire penser à la méningo encéphalite diffuse. » Nous ne pouvons donc par l'examen de ces données numériques nous faire une idée exacte sur la fréquence de la neurosyphilis dans les races noires. D'ailleurs en ce qui concerne la totalité de notre Empire les auteurs ont des idées divergentes sur ce point. Trois opinions s'affrontent.

L'une ancienne, reprise par Lepinay à la suite de l'enquête faite par le « Maroc Médical » en 1933, et ayant plus particulièrement cours en Afrique du Nord, conclut au caractère exceptionnel des cas de neurosyphilis parenchymateuse rencontrés chez l'indigène.

L'autre, formulée dès 1926 par Goëau Brissonnière dans sa thèse (Alger 1926) et adoptée par de nombreux auteurs, conclue à une fréquence égale à celle de la race blanche.

De la troisième enfin, et il semble que ce soit celle à laquelle il faille se rallier, résulte une rareté relative de la neurosyphilis exotique.

En effet, et Porot a été un des premiers à le remarquer, si le nombre des paralysies générales évoluant chez les indigènes est relativement assez fort, il doit en réalité être considéré plutôt comme faible par rapport au nombre immense des syphilitiques indigènes, et si l'on accepte pour une colonie donnée le chiffre de 30 % d'Européens syphilitiques et celui de 70 à 90 % d'indigènes (chiffres que l'on rencontre très fréquemment), il faudrait pour admettre une fréquence égale dans les deux races, trouver une proportion de paralysie générale indigène 2,5 à 3 fois supérieure, à celle trouvée chez les Européens.

Il est d'autre part difficile, de se faire une idée précise des proportions relatives de la neurosyphilis parenchymateuse, en regard des innombrables cas de syphilis, qui sont dépistés chaque année dans nos différentes formations sanitaires de l'Afrique noire.

A ce sujet, nous ferons constater, que malgré l'importance du fléau social que représente la syphilis en Afrique noire, il n'existe pas encore d'équipes mobiles de dépistage et de traitement comparables à celles qui fonctionnent dans les territoires d'endémie sommeilleuse pour la trypanosomiasse, et que par conséquent, les chiffres que l'on peut mentionner, provenant uniquement des centres urbains et ruraux, pour si grands qu'ils soient, doivent être encore considérés comme bien au-dessous de la réalité. Il est cependant quelques données numériques qui peuvent contribuer à fixer les idées.

D'après les statistiques du Ministère des Colonies en 1935, sur 2.500.000 consultants et hospitalisés en A.O.F., 150.000 syphilitiques ont été dépistés.

A Madagascar, cette même année, c'est près de 200.000 malades qu'il faut inscrire. Dans cette colonie Barbier, Chef du Service antivénérien note que la syphilis nerveuse est encore rare.

Rien que pour l'A.O.F. « sur cent malades tout venant, 6 à 7 sont porteurs de lésions ou de manifestations syphilitiques. Cela ne préjuge en rien de l'imprégnation spécifique de l'ensemble de la population », ajoute le rapporteur.

Pour la seule circonscription de Dakar, soit pour une population de 100.000 habitants, les dispensaires dépistent en 1935 10.000 spécifiques. Ce dépistage pratiqué en majeure partie, par le couple Polyclinique Roume-Institut Pasteur est à retenir. Sur ces 10.000 malades, 170 ont été examinés au point de vue liquide céphalo rachidien, dix fois le B.W et le

Kahn sont positifs, or sur ces dix malades, pas une seule paralysie générale ou tabès n'est à retenir.

Certaines enquêtes particulières menées par des initiatives individuelles donnent à penser, que la diffusion réelle de la syphilis noire est encore plus grande. Reynes et Trinquier ont, en équipes de prospection de trypanosomiase, étudié les indices fournis par la réaction de Meinicke (M.T.R.). Dans la tribu des Douala ils trouvent un pourcentage de 35 %. Dans la même tribu, Beaudiment sur 728 sérums retrouve le même pourcentage. En regard de ces chiffres, au Togo et au Cameroun sur 60.000 spécifiques, aucun cas de paralysie générale n'est dépisté.

Toutes les statistiques auxquelles nous empruntons ces chiffres s'accordent quant aux formes cliniques observées, et dégagent l'affinité cutanéomuqueuse, osseuse et articulaire de la syphilis indigène. Les atteintes viscérales sont fréquentes et avec Riou tout le monde est actuellement d'accord pour penser que ces atteintes sont beaucoup plus fréquentes qu'on l'estime. Mais habituellement ces localisations ne sont rapportées qu'avec leur étiquette anatomique : aortites, cirrhoses, néphrites. Les localisations nerveuses par artérite et méningite ainsi que les atteintes sensorielles sont souvent mentionnées dans ces statistiques.

Pour conclure cette recherche de la fréquence relative de la paralysie générale par rapport aux autres atteintes syphilitiques, et sans vouloir faire une fois encore le procès des statistiques, nous pouvons faire remarquer qu'elles ne pourraient, même si elles étaient établies sur des cas rigoureusement contrôlés, que nous donner une idée inexacte de la question qui nous occupe.

Le Médecin Colonial, en effet, sauf dans le dépistage systématique où il va lui-même au malade, ne voit qu'un petit nombre des cas existants, car chez les indigènes peu évolués, vivants dans une poussière de villages éparpillés dans la brousse, et ces villages englobent en Afrique la grosse majorité de la population, le paralytique général ne sera amené à l'Européen que lorsqu'il trouble l'ordre public, ou que trop misérable et sans famille, il tombe à la charge de la communauté.

OBSERVATIONS CLINIQUES ANTÉRIEURES. — Quant aux observations de paralysie générale chez les noirs d'Afrique publiées jusqu'à ce jour, non seulement elles sont extrêmement rares, mais encore certaines doivent-elles être laissées de côté, car elles ne présentent pas des caractères d'authenticité absolue, soit que le diagnostic soit affirmé sans autre détail, soit que les examens biologiques n'aient pas été pratiqués.

L'observation recueillie en 1915 par Van Den Branden chez un noir du Congo est à cet égard sujette à caution : chez un indigène de 25 ans, 4 mois après le chancre apparaît un syndrome qui évoque plus une trypanosomiase qu'une atteinte spécifique. L'étiologie syphilitique est affirmée sur une réaction cellulaire de 35 éléments du liquide céphalo rachidien et par la vaine recherche du trypanosome dans trois triples centrifugations. Il n'est pas fait état des réactions sérologiques. Van Den Branden prétend avoir rencontré d'autres cas de syphilis cérébrale chez le Noir mais ne les cite pas « leur histoire étant incomplète ».

Jeunau en 1928, publie une observation caractéristique chez un sous-officier malgache, mais en réalité il s'agit d'un métis.

Dans les rapports des colonies Peyre en 1931, sur 21 mentaux hospitalisés à Dakar dans la catégorie « intellectuels indigènes » (fonctionnaires et militaires) à l'Ambulance du Cap Manuel, relève trois paralysies générales, diagnostics affirmés sans autres détails. Pour le Togo, un cas est rapporté « mais on n'a malheureusement pas reçu de renseignements complémentaires sur ce cas intéressant ».

Dans des « Notes psychiatriques au Togo » Cheveneau fait allusion à un syndrome paralytique, qu'il ne peut inscrire au compte de la syphilis, car les signes neurologiques sont insuffisants et l'examen du liquide céphalo rachidien n'a pu être pratiqué.

L'un des premiers cas de paralysie générale bien caractérisé chez un noir d'A.O.F. est rapporté par Peyrot en 1924. Il s'agit d'un tirailleur Dahoméen de 25 ans. Peyrot constate à cette occasion que la paralysie générale est à peu près inconnue jusqu'alors en Afrique Occidentale Française.

En 1929, A. Marie et Miquel signalent deux cas de paralysie générale chez des noirs décédés dans les asiles de la Seine.

La même année, Walravens et Walker rapportent 5 cas de syphilis nerveuse diagnostiqués à Elisabethville au Congo belge, dont trois sont considérés comme des paralysies générales, l'examen de liquide céphalo rachidien, après élimination de la trypanosomiase, donnant un syndrome biologique caractéristique.

En 1933, Dewulf et Marchand présentent à la Société Belge de Médecine Tropicale un bilan de 28 cas de syphilis nerveuse observés chez les Bakongos de la région de Kisantu (Congo Belge), parmi lesquels s'inscrivent : 10 paralysies générales et 9 tabès. Il est regrettable que nous n'ayons pas pu nous procurer les observations elles-mêmes de ces cas publiés au Congo Belge, car ils constituent plus de la moitié des cas que nous rapportons.

En 1933 également, Casanove et Briqui rapportent un nouveau cas de paralysie générale indigène, et c'est le dernier cas Français que nous avons noté jusqu'à maintenant.

Comme conclusion à cet examen des données numériques et des observations publiées, à en juger par leur rareté même, la syphilis nerveuse parenchymateuse paraît exceptionnelle chez le noir d'Afrique. La même conclusion se dégage des incursions que nous avons faites dans la littérature étrangère de langues Anglaise et Italienne.

OBSERVATIONS CLINIQUES PERSONNELLES. — Voici maintenant nos propres observations ; 6 concernent des hommes : 4 tirailleurs en activité, un ancien tirailleur et un marin. Une de ces observations concerne une femme.

OBSERVATION I. — Alloume Camara, matelot réserviste, rappelé depuis septembre 1939, âgé de 40 ans environ ; né au Sénégal, il n'a jamais quitté son pays d'origine. Profession : menuisier aux travaux publics.

Est entré à l'Ambulance du Cap Manuel le 27 décembre 1939 avec le diagnostic : « en observation pour troubles nerveux ». Le 13 janvier 1940, il a été transféré sur l'Hôpital Indigène où il est resté jusqu'au 20 septembre 1940, puis il a été réhospitalisé du 3 janvier au 15 mai 1941.

Le début apparent des troubles est récent, puisqu'à la veille de son entrée, le malade aurait assuré son service. Ce début s'est traduit par une fugue au cours de laquelle il a quitté sa faction.

A l'entrée, on note :

Au point de vue psychique, un état d'excitation avec agitation intense et désordonnée, nécessitant l'isolement. Le malade présente une logorrhée avec mots sans suite ; ultérieurement cet état s'améliorant, on met en évidence un syndrome délirant à thème mégalomaniacal : il déclare qu'il est fort, que s'il frappait la table il n'en resterait rien ; tout le monde lui en veut parce qu'il est fort ; tout le monde envie sa démarche énergique. On ne note alors aucun phénomène hallucinatoire. Les différentes facultés intellectuelles sont nettement diminuées : mémoire, attention et jugement.

Au point de vue affectif : indifférence marquée à l'égard de sa famille et de son propre sort. Dans l'ensemble ce sujet est euphorique mais très irritable.

L'examen neurologique montre une dysarthrie intense, un tremblement fibrillaire de la langue. Il existe aussi un tremblement menu des extrémités, une hyperréflexivité ten-

dineuse généralisée et surtout des pupilles punctiformes ne réagissant pas à la lumière.

L'état général de ce sujet est mauvais, mais l'examen somatique est par ailleurs négatif.

Examens complémentaires :

	cytologie	40 éléments
	albumine	0 gr. 71
L.C.R.	Vernes Perethynol . . .	D.O.=77
	Kahn	+
	benjoin colloïdal . . .	2222.2221.2000.0000
Sang	Vernes péréthynol . . .	D.O.=7

Les antécédents sont impossibles à faire préciser, en particulier au point de vue accidents syphilitiques antérieurs.

Aux dires du malade, il faut retenir un certain degré d'éthylisme : injestion de bière.

Evolution et traitement. — Le sujet a reçu le traitement suivant :

Du 8 février au 3 mars 1940 : 20 injections de cyanure de mercure.

En mai et juin 1940 : 12 gr. de stovarsol sodique.

Du 6 décembre 1940 au 5 janvier 1941 : 10 gr. 50 de tryparsamide.

Du 14 janvier au 25 avril 1941 : 19 gr. de stovarsol sodique.

Dans l'évolution, nous signalerons comme épisode intercurrent, une atteinte typique de bérubéri en septembre, rapidement améliorée par le traitement par la vitamine B₁. Par ailleurs, on constate une reprise progressive et rapide de l'état général. Au point de vue psychique, on note une diminution assez rapide de l'agitation, et le malade peut être remis en salle commune, mais les principaux caractères des troubles analysés persistent. En septembre 1940, ce sujet peut quitter l'hôpital et être confié à sa famille.

A partir du mois de janvier 1941, on note l'apparition d'hallucinations visuelles et auditives : il voit et entend des aviateurs ; ces aviateurs sont une vieille portugaise et un vieillard, qui viennent de la mer et disparaissent après s'être promenés au-dessus de la ville. Une autre fois, il parle de trois aviateurs, qui, la nuit, entrent dans sa maison, volent son argent et disparaissent. Il les entend au robinet (?)... Un autre jour, il vient se plaindre qu'on lui a volé ses enfants. Ces hallucinations, d'ailleurs difficiles à analyser, sont à l'origine d'idées délirantes à thèmes imprécis et variables d'un jour à l'autre.

L'évolution du liquide céphalo-rachidien a été la suivante :

13 mars 1940	cytologie	10 éléments
	albumine	0 gr. 56
	benjoin. . . .	0022.2122.0000.0000
25 novembre 1940	cytologie	25 éléments
	albumine	0 gr. 56
	Kahn	—
	benjoin. . . .	0022.2220.0000.0000

Jamais de cellules muriformes dans la cytologie du culot de centrifugation.

En résumé, cet indigène de 40 ans environ, matelot réserviste, originaire et ayant toujours vécu à Dakar, présente un syndrome psychique caractérisé par un état démentiel avec affaiblissement des différentes facultés intellectuelles, perte de l'auto-critique et délire polymorphe avec idées de puissance physique.

Après quelques mois de traitement, apparition de phénomènes hallucinatoires auditifs et visuels, alimentant des idées délirantes.

Ce syndrome psychique s'accompagne de signes neurologiques et humoraux : dysarthrie intense, mouvements fibrillaires de la langue, signe d'Argyll-Robertson. Le liquide céphalo-rachidien a présenté des réactions cellulaires, albumineuses, un Kahn positif et un benjoin typique.

Ce sujet a pu être soumis à une thérapeutique assez suivie par les arsénicaux pentavalents : stovarsol sodique et tryparsamide, qui a amené une amélioration rapide de l'état général, de l'agitation et du comportement, mais pas de récupération des facultés intellectuelles. Les altérations du liquide céphalo-rachidien ont été aussi favorablement influencées. L'ensemble des signes constatés nous a fait poser chez notre malade le diagnostic de méningo-encéphalite diffuse d'origine syphilitique.

OBSERVATION II. — Sessouma Tienogo, tirailleur de 34 ans, de race Bobo (Haute-Côte d'Ivoire), 14 ans de service.

Entré le 13 mai 1938 dans le service avec le diagnostic « léger état dépressif ».

Jusqu'en 1930, il a servi uniquement en A.O.F. puis trois ans en Algérie. Il passe un congé de fin de campagne dans ses foyers et reprend son service en A.O.F. jusqu'en septembre 1936, puis en Tunisie d'où il vient actuellement. Il a contracté un chancre en A.O.F. en 1934 à la suite duquel un

B.W. s'est relevé fortement positif. Hospitalisé pendant deux mois pour cette raison, il perd son carnet de vénérien peu après cette hospitalisation, et ne fait plus de traitement.

Toujours noté comme peu intelligent, il a cependant servi jusqu'en 1936 à la satisfaction de ses chefs. A cette époque, on trouve dans ses notes une indication importante. Arrivé en Tunisie en septembre 1936, il y est dès son débarquement, l'objet d'une surveillance continuelle en raison de « son caractère taciturne ». De ce fait, il n'a jamais reçu son armement individuel ». En mars 1938, il attire l'attention car en état d'ivresse, il a causé du scandale et s'est battu avec un Arabe. Mais son état mental paraissant sujet à caution, l'autorité compétente provoque une enquête sur la manière d'être de Sessouma. Un rapport de son chef direct précise dès lors d'une manière éloquente les troubles psychiques qu'il présente. Voici d'ailleurs des passages du rapport du Capitaine D... :

« Ce tirailleur ne me paraît pas entièrement responsable de ses actes... S... devenait de plus en plus difficile à commander... Je le fis appeler pour lui demander s'il avait à se plaindre de quoi que ce soit, S... me répondit qu'il était « content bien » ; « le tirailleur S... arborait au moins une douzaine de décorations, dont une barette de Croix de Guerre et deux barettes de Légion d'Honneur ». « L'ayant entretenu de sa famille, il déclare qu'il n'est pas marié. Quand on lui fait remarquer qu'il est marié il acquiesce, mais ignore qu'il a des enfants et que l'un d'eux est mort ». « Sa femme ne lui écrivant pas, il ne lui envoie pas d'argent... Boit ce qu'il gagne... » « Bien que ne suscitant aucune histoire, ses camarades le craignent ». « Il lui arrive souvent de se lever la nuit pour aller parler à son mulet ». « Il est absolument incapable de rendre le moindre service ».

Hospitalisé à Tunis, on note la réduction considérable de son activité pragmatique. Il vit absolument seul.

Evacué sur Marseille avec le diagnostic « d'état dépressif », on met facilement en évidence le triple syndrome caractéristique de la paralysie générale.

1° - *Au point de vue psychique.*

L'affaiblissement démentiel, déjà fortement caractérisé par les quelques détails ci-dessus, s'affirme. Complètement désorienté, il présente une amnésie marquée et une indifférence affective absolue : femme, enfants, camarades, chefs, rien ne l'intéresse. Faciès atone qu'éclaire seulement de temps en temps une vague expression de bien-être, de satisfaction béate. Son comportement souligne son indifférence absolue à l'égard de l'ambiance ; il n'adresse la parole à per-

sonne, pas même à ses nombreux camarades de race hospitalisés avec lui. On note des modifications instinctives, il mange à n'importe quel moment de la journée. Son entourage signale une excitation génésique avec perversion sexuelle (pédérastie active).

2° - *Au point de vue neurologique.*

Les pupilles égales présentent des contours irréguliers, des réflexes lumineux lents et très faibles, des réactions normales à l'accommodation et à la convergence. Tremblement des commissures, particulièrement marqué à gauche, qu'une véritable trémulation agite parfois. Tremblement de la langue dans la bouche, plus marqué hors de la bouche, avec ondulations vermiculaires. Tremblement des extrémités, surtout à droite ; voix étouffée et sourde ; réponses incompréhensibles monosyllabiques.

Par ailleurs, on note un régime réflexe normal, sauf les achilléens qui sont nettement affaiblis.

3° - *Syndrome humoral.*

Dans le sang

B.W.	+	+
Hecht	+	+
Kahn	+	+

1^{re} ponction lombaire 17 mai.

tension (assis)		32
cytologie		40 cellules m/m ³
Albumine		0 gr. 70
mire		0,63
L.C.R. chlorures		7 gr. 19
B.W.		+
Benjoin 5 tubes		222,00T
recherche négative de trypanosomes.		
lymphocytose. Quelques plasmocytes, pas de cellules muriformes.		

Par ailleurs, examen somatique entièrement négatif.

L'hémogramme donne :

mononucléose totale		56 %
polynucléaires neutro		36 %
éosinophyles		8 %

Des gouttes épaisses en série pour l'élimination d'une trypanosomiasse restent négatives. On trouve chaque fois cependant des microfilaires d'Ac Perstans (Dr Advier). Triple centrifugation négative.

Evolution et traitement :

De mai à septembre, il a reçu 10 injections de cyanure de mercure et 30 injections de stovarsolate de soude. Pas de modification sensible du comportement. Diminution lente des modifications du L.C.R.

	cytologie	albumine B.W.	Benjoin	
Mai	40 éléments	— 0,70	++	222,00 Pandy ++
Juin	29 »	— 0,60	+	
Juillet . . .	25 »	— 0,56	++	222,00
Septembre, 16	»	— 0,40	+	0121.0022.1000.0000

En résumé, chez un tirailleur de 34 ans, légèrement débile, buveur de vin, se développe insidieusement deux ans après un chancre, un affaiblissement démentiel progressif mais peu bruyant, petit thème délirant très pauvre s'exprimant par le port illégal de décorations nombreuses. Indifférence affective absolue, mais perversion sexuelle. Syndrome neurologique très discret surtout marqué par un tremblement de la langue et des muscles de la face. Syndrome humoral caractéristique.

OBSERVATION III. — Souleyman Zerbo, caporal, âgé de 40 ans environ, originaire du Cercle de Tougou (Soudan). Aurait effectué 15 ans de service avec de nombreux séjours dans la Métropole. Rapatrié de France depuis quelques jours, il est hospitalisé à l'ambulance du Cap Manuel avec le diagnostic de « fugue avec amnésie ».

Entré le 31 mars 1941, il est transaté le 12 mai 1941 sur l'Hôpital Indigène où il est resté jusqu'au 8 août 1941, date à laquelle il a été rapatrié sur sa colonie d'origine.

Le mode de début, sur lequel nous ne possédons pas de renseignements précis, semble avoir été rapide et récent.

A l'entrée, on note un état démentiel marqué avec gâtisme. Ce sujet reste confiné au lit, le faciès est atone, inexpressif ; l'indifférence paraît totale à ce qui se passe autour de lui. On ne peut obtenir aucune réponse lors de l'interrogatoire. Le malade n'extériorise aucun trouble délirant, il ne paraît pas présenter de phénomènes hallucinatoires.

Les signes neurologiques sont importants avec dysarthrie intense. Il y a des fibrillations et des mouvements de trombone au niveau de la langue, des tremblements fibrillaires des muscles des lèvres. L'hyperréflexivité tendineuse, et ostéo-périostée est généralisée. Au point de vue oculaire, on note du myosis avec inégalité pupillaire, et absence totale de réaction à la lumière.

L'examen complet de ce sujet présentant un état général médiocre, est par ailleurs négatif. Les différents appareils sont cliniquement indemnes.

Aucun antécédent ne peut être mis en évidence, en particulier au point de vue syphilitique.

Les examens du sang et du L.C.R. ont donné les résultats caractéristiques ci-après.

Sang	B. W.	+	+
	Kahn	+	+
L.C.R.	cytologie	20	éléments au mm ²
	albumine	1	gr. 40
	benjoin	0022.2222.2222.0000	
	trypanosomes	0	
	Kahn	—	
	Lymphocytose, pas de cellules muriformes. Monocytes avec quelques plasmocytes.		

Evolution et traitement : Ce malade n'a pu être soumis qu'à un traitement à base d'arsenic trivalent et de bismuth.

On a assisté à une reprise nette de l'état général, avec disparition du gâtisme mais au point de vue psychique pas d'amélioration notable.

En résumé : Syndrome de méningo encéphalite syphilitique diffuse chez un vieux tirailleur soudanais âgé de 40 ans, ayant servi dans la métropole.

Cette paralysie générale se caractérise cliniquement par un syndrome démentiel avec gâtisme ; pas de délire. Il existe par ailleurs, un syndrome neurologique avec signe d'Argyll-Robertson, tremblements fibrillaires de la face et de la langue avec dysarthrie.

Le L.C.R. où le Kahn est négatif présente une réaction cellulaire mais surtout albumineuse et un benjoin caractéristique. Il n'y a pas de trypanosomes. Dans le sang, les réactions de la syphilis sont fortement positives.

OBSERVATION IV. — Niango Arouna. Tirailleur de 2^e classe, âgé de 25 ans environ, originaire de la Côte d'Ivoire (Cercle de Grand-Bassam). Le sujet, qui a trois ans de service, est rapatrié sanitaire d'Afrique du Nord. Il entre à l'Ambulance du Cap Manuel en janvier 1941 et est ensuite transféré sur l'Hôpital Indigène le 8 février 1941 ; il y reste jusqu'au 20 décembre, date à laquelle il est rapatrié sur sa colonie d'origine.

Nous ne possédons pas de renseignements sur le mode de début.

Lors de son entrée, au point de vue psychique, ce sujet euphorique, logorrhéique, est irritable et présente parfois des réactions violentes à l'égard du personnel.

L'orientation dans le temps et dans l'espace est perturbée. La mémoire paraît assez bien conservée, il n'y a pas de gros troubles de l'attention. Il existe par contre, chez ce malade des perturbations notables du jugement, une perte marquée de l'autocritique mise en évidence par des troubles délirants très importants.

Se disant célibataire, il déclare qu'il ne partage jamais son lit avec une femme conformément aux ordres de son talisman. Cela ne l'empêche pas d'être le père de plusieurs personnalités contemporaines célèbres. Comme autres idées mégalomaniaques nous notons : il possède une banque qu'il a vidée à force de charités. L'univers lui appartient. L'instant d'après il déclare qu'il n'a pas un sou dans sa poche. Il a beaucoup voyagé et il est connu partout, en France, en Angleterre, en Amérique. Par ses interventions multiples, il a essayé d'éviter la guerre. Il est furieux contre les nations qui l'ont déclaré malgré lui, et principalement contre les juifs impies. Toutes ses idées mystiques sont imprégnées du même caractère grotesque ; il déclare qu'il est le représentant de Jésus-Christ sur la terre. Pendant la guerre, son rôle s'est borné à envoyer directement au Paradis les âmes des victimes tombées au champ de bataille. Sa tâche sur cette terre est aussi de mettre les blancs et les noirs sur le même pied d'égalité. Il est persécuté et on l'a enfermé à l'hôpital car on le craint puisqu'il est le créateur. On craint sa nouvelle politique.

A l'examen neurologique, on ne note pas de dysarthrie. Il existe des tremblements des extrémités. Le signe d'Argyll-Robertson existe nettement.

Par ailleurs, l'état général est bon, l'examen somatique est négatif.

Les antécédents ne peuvent être mis en évidence, en particulier au point de vue syphilis.

L'examen biologique du L.C.R. donne les résultats suivants :

	cytologie	20 éléments
	albumine	0 gr. 50
L.C.R.	Kahn	++
	Benjoin colloïdal	2222.2100.0000.0000
	Lymphocytose avec quelques plasmocytes. Pas de cellules muriformes.	

Traitement et évolution : A partir du 2 avril 1941, il a reçu une série de 21 gr. 50 de stovarsol sodique. Avant son

départ de l'Hôpital Indigène en décembre 1941, on notait une aggravation de l'état démentiel, le faciès devenant inexpressif, un mutisme relatif succédant à la logorrhée.

En résumé : Tirailleur âgé de 25 ans, ayant servi en Afrique du Nord (Algérie) d'où il est rapatrié sanitaire ; il présente un état démentiel avec idées délirantes particulièrement polymorphes et à thème mégalomane ; perte marquée de l'autocritique. Les réactions du L.C.R. viennent confirmer un diagnostic clinique particulièrement net de méningo-encéphalite diffuse syphilitique.

OBSERVATION V. — Yanzi. Tirailleur de 2^e classe, âgé de 25 ans environ. Originaire de la Côte d'Ivoire. Appelé ayant fait 4 ans de service ; il est rapatrié sanitaire de l'Afrique du Nord où il était en service depuis 1937.

Son rapatriement est motivé par une « paralysie générale » diagnostiquée et traitée depuis novembre 1939. Le malade aurait reçu des cures de stovarsol sodique. Entré à l'Ambulance du Cap Manuel le 11 janvier 1941, nous le transférons le 25 janvier sur l'Hôpital Indigène d'où il est rapatrié le 29 mai sur son pays d'origine.

Nous ne possédons pas de précisions sur le mode du début, mais l'examen nous montre un sujet présentant un ralentissement marqué de l'activité psychique. Son comportement est particulièrement perturbé ; il reste constamment couché ou assis sur son lit, vit à l'écart de ses camarades de chambrée auxquels il n'adresse jamais la parole. Il cherche à se dérober aux examens médicaux et à notre interrogatoire.

Il fait preuve d'une perte marquée de l'autocritique en déclarant qu'il n'est pas malade et qu'il ne l'a jamais été. Le faciès est sans expression. Il extériorise quelques idées délirantes à thème mégalomane. Dit avoir été promu à différents grades jusqu'à celui de lieutenant, mais l'autorité militaire s'est abstenue de les lui décerner pour éviter une injustice vis à vis des autres tirailleurs de sa classe. Il présente aussi quelques idées de persécution refuse de prendre une purgation car on veut l'empoisonner, et déclare qu'en cela tout le monde est d'accord à l'hôpital avec ses ennemis.

L'examen neurologique montre un tremblement fibrillaire de la langue avec dysarthrie très marquée, un signe d'Argyll-Robertson indiscutable.

L'état général est bon, l'examen somatique est par ailleurs entièrement négatif.

Les antécédents sont impossibles à établir, en particulier au point de vue accidents syphilitiques antérieurs.

Bien qu'ayant reçu un traitement prolongé, ce malade présente encore un syndrome humoral caractéristique :

	cytologie	8 éléments
L.C.R.	albumine	0 gr. 50
	Kahn	négatif
	Benjoin	0122.1000.0000.0000
Sang	B.W.	+
	Kahn	++

Evolution :

Ce malade n'a pas été traité au cours de son hospitalisation. Il n'y a pas eu d'évolution notable du syndrome psychique.

En résumé : Méningo-encéphalite syphilitique diffuse chez un tirailleur de 25 ans, ayant servi en Afrique du Nord, dont le début remonte à 15 mois et modifiée par le traitement. Il persiste cependant un déficit important de l'activité intellectuelle et motrice, un syndrome neurologique (dysarthrie avec signe d'Argyll-Robertson), un syndrome humoral assez typique pour faire adopter le diagnostic de paralysie générale antérieurement posé.

OBSERVATION VI. — Thioro-Sambe. Femme âgée de 50 ans environ, originaire de Rufisque (Sénégal) qu'elle n'a jamais quitté. Elle est entrée à l'Hôpital Indigène le 5 mai 1940 où elle est décédée le 28 avril 1941.

Le mode de début ne peut être précisé.

Cette femme présente au point de vue psychique un état démentiel très avancé, avec faciès inexpressif, hébété ; elle bredouille des paroles incompréhensibles. Elle ne peut donner aucune réponse ; lors de son interrogatoire, elle cherche à fuir. L'examen neurologique montre un tremblement menu, mais rapide des extrémités, des tremblements fibrillaires au niveau des muscles de la face, au niveau de la langue tremblements fibrillaires et mouvements de trombone.

On note une hyperreflectivité tendineuse généralisée, et au niveau des yeux les pupilles inégales, irrégulières, sans réactions à la lumière.

L'état général est très mauvais, précachectique, mais l'examen somatique ne révèle rien de particulier.

Les antécédents sont, bien entendu, impossibles à établir.

Le syndrome humoral montre :

	cytologie	40 éléments
L.C.R.	albumine	0 gr. 56
	Kahn	++
	benjoin	1222;2021.0000;0000

Sang	B.W.	+
	Kahn	+

Evolution :

Installation du gâtisme ; la malade s'alimente mal, l'état de dénutrition progresse, elle décède dans un état cachectique avec collapsus cardiovasculaire.

En résumé, femme indigène âgée d'une cinquantaine d'années originaire du Sénégal qu'elle n'a jamais quitté, présentant un état démentiel avec gâtisme. Le syndrome neurologique et l'examen du L.C.R. sont en même temps suffisamment caractéristiques pour que l'on puisse porter le diagnostic de méningo encéphalite diffuse syphilitique.

OBSERVATION VII. — Diakhité Ch., âgé de 54 ans, a vécu en France et a voyagé. Allégation de chancre en 1911.

Hospitalisé le 3 avril 1941, il présente à son entrée un état confusionnel avec agitation psychomotrice, verbigération, désorientation dans le temps et l'espace. Périodes d'euphories.

Tremblement des extrémités, dysarthrie caractéristique avec syllabes escamotées.

Examen neurologique.

Ataxie locomotrice : lance les jambes avec violence en marchant. Abolition des réflexes achilléens. Romberg positif.

Ganglions cervicaux, sus épitrochléens. Cicatrice de chancre.

Hypotension artérielle (Max. 10 ; min. 8 ; moy. 7 1-0-2)

	cytologie	400 éléments
L.C.R.	albumine	1 gr. 60
	Kahn	+
	Benjoin	1122.2222.2210.1000

Sang	B.W.	++
------	--------------	----

Décès rapide.

Autopsie du cerveau : méningite gommeuse de la face intérieure du cerveau englobant la tige de l'hypophyse. Infiltration des parois ventriculaires, qui ont un aspect gélatineux jaune sale.

Il serait vain de tirer des conclusions formelles de ces quelques observations. Cependant, la confrontation de ces cas et des autres observations publiées en Afrique Noire avec les acquisitions plus denses, faites dans les autres contrées intertropicales appellent quelques réflexions d'ordre clinique, diagnostique, et surtout étiologique et pathogénique.

Clinique

Au point de vue clinique, les remarques que l'on peut faire confirment pour les noirs les notions, qui ont déjà été mises en évidence dans les autres races exotiques. Les observations de Porot de Mareschal, sur les particularités cliniques de la paralysie générale de l'arabe, celles de Plaut sur la P.G. des noirs Américains, sont valables pour les noirs d'Afrique intertropicale.

Dans quatre de nos cas il s'agit de formes démentielles d'évolution extrêmement insidieuse, progressive et peu voyante, dont le mode et la date de début sont impossibles à préciser faute d'anamnétiques. Dans notre première observation au contraire le début apparent de l'affection peut être assigné à une fugue, que le malade a faite alors qu'il était en service commandé.

Au cours de la période d'état nous retrouvons dans nos observations la même démence globale caractéristique de la paralysie générale, avec diminution de l'intelligence et amnésie, désorientation dans le temps et l'espace, perte de l'auto-critique et de l'affectivité, se traduisant par un état dépressif entrecoupé de phases d'excitation psychique et physique conduisant à des actes marqués d'illogisme et d'absurdité.

Le contingent délirant est habituellement pauvre ou fragmentaire en rapport avec le fond mental. L'idée de grandeur y est représentée à l'échelle des acquisitions et des tendances de l'individu. Ainsi chez Sessouma Tiénogo (Obs. 2) elle ne se démasque que par le port illégal de décorations. Par contre chez Niango Arouna (Obs. 3) le contingent délirant, touchant à la fois le délire des grandeurs et la mégalomanie, est extrêmement riche et bien en rapport avec le désir de gloriole des noirs.

Dans certains cas il persiste une activité automatique correcte, compatible avec un comportement d'apparence normale, et c'est pourquoi, il sera beaucoup plus difficile de dépister un déficit mental chez un indigène rural de la classe pauvre, que chez un militaire ou un commerçant qui com-

mettent des erreurs grossières dans leurs occupations journalières.

Nous noterons pour finir, l'importance des signes neurologiques dans les observations rapportées en relation vraisemblable avec le stade avancé ou l'affection a été dépistée.

Diagnostic

Dans son article sur la neurosyphilis exotique, le Professeur Roger écrit : « le diagnostic de la paralysie générale indigène n'est pas toujours facile ; à cause de son caractère souvent torpide, celle-ci risque souvent d'être méconnue. La ponction lombaire, sinon systématique, tout au moins dans tous les cas douteux, rendra de plus en plus de services »

CONSIDERATIONS SUR LA SYPHILIS NERVEUSE LATENTE

La valeur de la ponction lombaire est incontestable, mais il est un point sur lequel nous voulons tout d'abord insister, c'est la question délicate de l'interprétation des réactions sérologiques isolées chez les noirs. En effet, et bien que nous ne puissions apporter d'arguments statistiques, la rareté de la neurosyphilis parenchymateuse s'oppose à la fréquence relativement grande des états méningés latents dépistés chez des syphilitiques noirs avérés, et à la fréquence encore plus grande des neurosyphilis vasculaires. Ces états méningés latents, découverts par la ponction lombaire, décèlent des modifications histochimiques assez prononcées du liquide céphalo rachidien, avec des réactions sérologiques négatives, tandis que le Bordet Wassermann est fortement positif dans le sang. Lorsque la syphilis s'avère nettement sur d'autres plans anatomiques l'on peut sans difficulté intégrer ces cas dans le cadre de la neurosyphilis latente de Ravaut et de Sézary. Mais il y a des cas d'interprétation difficile : nous voulons parler d'états méningés latents mis en évidence chez des noirs, dont la spécificité est une découverte purement sérologique dans le sang.

Doit-on conclure obligatoirement à la nature syphilitique de cette méningite quel qu'en soit le mécanisme ? En Europe et dans les pays de races blanches, l'opinion est aujourd'hui à peu près arrêtée et lie les deux événements : syphilis sérologique, et réactions méningées. En Afrique inter-tropicale cette conception simple ne peut pas être admise sans une critique individuelle extrêmement poussée de pareils cas.

La pratique extensive des réactions sérologiques, que permettait à mon Maître le voisinage de l'Institut Pasteur, lui a fourni bien des fois dans le sang des Bordet Wassermann positifs embarrassants, devant des sujets cliniquement indemnes de syphilis. Ceux qui ont travaillé en Afrique ont connu les mêmes hésitations. Entre autres investigations systématiques, une enquête, poursuivie à Toulon à l'hôpital Maritime sur 200 tirailleurs noirs cliniquement indemnes, a montré chez eux 20 % de réactions sérologiques positives.

Si l'on admet cependant avec Riou « que l'on ait exagéré l'importance des réactions sérologiques faussement ou passagèrement positives signalées au cours ou à la suite de nombreuses maladies tropicales : paludisme, trypanosomiase, spirochétose, lèpre, ... » chez les indigènes, il n'en reste pas moins, avec la trypanosomiase surtout, à un degré moindre avec les spirochètes, des éventualités qui compliquent le problème étiologique.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

1° — TRYPANOSOMIASÉ.

Il est en effet en Afrique centrale un diagnostic différentiel sur lequel Casanove a insisté, et qui doit retenir l'attention des médecins exerçant dans ces contrées.

On a comparé, et l'on compare encore volontiers, la paralysie générale et la trypanosomiase à son stade encéphaloméningé. La ressemblance de certains aspects cliniques et biologiques, en particulier un mode de début par des troubles psychiques à type d'indifférence et d'hébétéitude aboutissant à un état confusionnel, sur lequel viennent se greffer des bouffées délirantes ; un liquide céphalo rachidien présentant comme celui du P.G. une hyperalbuminose, une hypercytose et des réactions colloïdales positives dans la zone dite paralytique ; quelques analogies anatomo-pathologiques, et surtout le fait zoologique on conduit de nombreux auteurs à un parallèle avec la syphilis.

En réalité la trypanosomiase n'a que des rapports grossiers avec la paralysie générale. La confusion n'est possible qu'au stade terminal, démentiel, des deux affections. A la période d'état la différenciation ne présente aucune difficulté.

La trypanosomiase est en effet le prototype des encéphalites végétatives, et emprunte à sa localisation infundibulo-tubérienne majeure une figure extrêmement originale, les éléments essentiels et remarquablement constants en sont les troubles de la régulation hypnique et les éléments psychomoteur qui s'y rattachent : états confusionnels, onirisme, troubles du tonus musculaire ; les troubles instinctifs : faim

et soif ; les troubles de la régulation thermique : hyper ou hypothermie ; et surtout les troubles endocriniens : impuissance chez l'homme, aménorrhée et stérilité chez la femme, syndrome œdémateux, cachexie, etc...

Enfin, les troubles de la sensibilité : hyperpathie, prurit féroce d'origine, thalamique, vraisemblable.

Cependant il existe des cas de trypanosomiase encéphalo-méningée latents, plus nombreux qu'on ne l'imagine, dans lesquels la recherche du trypanosome dans le sang, le ganglion et le liquide céphalo rachidien peut rester vaine à plusieurs reprises.

La détermination reste possible par l'absence constante de troubles pupillaires, et par l'étude attentive de la figure histologique du culot de centrifugation du liquide céphalo rachidien. L'évolution plasmocytaire des différents éléments mononucléés (lymphocytes, monocytes, cellules endothélioïdes) est toujours très accentuée dans la trypanosomiase.

En outre, de nombreux plasmocytes subissent cette dégénérescence singulière qui aboutit à la cellule muriforme, ou corps morulé de Mott.

Il est bon d'adjoindre aux recherches habituelles, l'examen du suc sternal, qui, en dehors du parasite peut déceler des modifications histologiques sur lesquelles Gallais et Arquie ont déjà attiré l'attention.

2° — PIAN.

Le Pian, autre affection rencontrée en Afrique centrale, dont l'évolution se superpose par bien des points à la syphilis, ne nous retiendra pas, car les déterminations nerveuses y sont excessivement rares, et les recherches faites sur le liquide céphalo rachidien des pianiques ne permettent pas de faire soupçonner une méningo-vascularite ou une méningo-encéphalite.

3° — TABÈS ET BÉRI-BÉRI.

Pour finir une particularité neurologique de l'Afrique noire mérite d'être soulignée : la rareté du tabès.

Nous n'en amenons qu'un seul cas et encore s'agit-il d'un tabo-P.G. (Obs. 7). La fréquence des pseudo-tabès béribériques d'une part, les complications béribériques survenant au cours d'affections neurologiques d'autre part, (Obs. 1) doivent inciter à une grosse prudence dans le diagnostic de cette affection. Cependant un examen clinique soigneux permettra la mise en évidence dans la polynévrite béribérique, d'une absence de steppage et de véritable ataxie, car la paralysie prédomine à la racine des membres, d'un signe de Lasègue positif, et surtout d'une douleur provoquée à la pression des masses musculaires.

Etiologie et Pathogénie

Un fait incontestable se dégage de ce qui précède : l'existence de la neurosyphilis parenchymateuse chez le noir d'Afrique.

Une deuxième donnée vraisemblable, mais dont il est difficile de se faire aujourd'hui une idée précise par rapport à l'extradiffusion de la syphilis, c'est la rareté de ce type d'atteinte en regard des autres modalités de syphilis nerveuse par artérites et gommès cérébrales.

Comment peut-on interpréter ce fait ?

Sans vouloir donner aux quelques observations françaises publiées une valeur indicative absolue, on est cependant frappé par le fait, que la plupart des cas rapportés concernent des sujets militaires ou fonctionnaires amenés à notre manière de vivre, et ayant vécu le plus souvent en dehors de leur colonie d'origine ; sur nos 7 malades en effet, 6 ont quitté leur pays d'origine, seule la femme à notre connaissance a toujours vécu à Dakar. De plus, un seul de ces cas a été dépisté dans le service de Neuro-psychiatrie de l'Hôpital Indigène, où le nombre des entrées de malades mentaux était cependant considérable, mais dont le recrutement était exclusivement autochtone. Cette circonstance s'accorde d'ailleurs avec les constatations de Plaut chez les nègres Américains, issus de sujets transplantés, dont le mode de vie a été complètement modifié depuis le mouvement originel.

CONTAMINATION PAR UN VIRUS ETRANGER ?

Une première réflexion naît : s'agit-il de contaminations par un virus étranger neurotrope ? Il ne semble pas.

L'analyse de nos cas permet de penser que les 5 tirailleurs dont nous rapportons les observations se sont contaminés en Afrique, les 2 autres sujets ne l'ayant jamais quittée. Au demeurant, et bien que le cycle biologique du virus spécifique ne soit pas encore complètement élucidé, il semble que la plupart des auteurs rejettent actuellement la notion de l'existence de deux souches tréponémiques.

LE TERRAIN.

Ses modifications chez les transplantés.

En réalité, la résistance du noir autochtone à la paralysie générale semble être une question de terrain.

Le glissement vers la paralysie générale, observé chez certains noirs amenés à vivre dans des conditions physiques et morales complètement différentes de celles des autochtones, conditions qui furent habituellement les leurs jusqu'à l'âge adulte, s'oppose en fait au dogme de l'immunité naturelle du tissu nerveux des noirs devant le tréponème. Ce tissu nerveux étant encore plus sensible que dans les autres races, surtout si l'on considère le petit nombre d'individus transplantés par rapport à la masse indigène.

Ce changement de discipline aboutit vraisemblablement à des modifications biologiques profondes, dont nous n'envisageons habituellement que des étapes géographiques et sociales bien superficielles. Il faudrait de longs développements pour arriver à montrer l'ampleur des changements infligés.

Imagine-t-on la différence considérable qui existe entre la bio-physiologie du Mossi, nu ou presque dans sa brousse, s'alimentant chaque jour d'une simple galette de mil et de quelques condiments, et le régime nouveau de vie qui sera le sien dans une caserne de France après de longues migrations.

Dans la pathologie des transplantés il faut tenir le plus grand compte de cette révolution biologique.

La pathogénie de l'encéphalite spécifique a été remarquablement étudiée par Sezary. Nous analyserons plus spécialement certains facteurs, qui ont déjà attiré l'attention, mais nous paraissent d'une importance particulière chez le noir.

A côté de facteurs moraux et intellectuels, qui peuvent paraître secondaires, interviennent incontestablement les autres éléments du changement de vie : hygiène corporelle et vestimentaire différents, habitudes alimentaires nouvelles, conditions climatiques plus rudes et plus variées — — —

MODIFICATIONS DE LA PHYSIO-PATHOLOGIE DU PLAN CUTANÉ.

Et tout d'abord le bouleversement qui intervient au niveau du plan cutané. Le vêtement, la chaussure, l'hygiène corporelle, le climat, modifient complètement la riche physio-pathologique de la peau chez ces dépayés. Chez l'Indigène, dans ces conditions naturelles de vie, la syphilis est dermatrope. Comme l'a démontré Riou, il y a chez le noir « un

appel du virus à la peau par les traumatismes, les lésions parasitaires et microbiennes ». « Les traumatismes répétés, mêmes minimes, conditionnent pour une part les localisations syphilitiques si fréquentes au niveau des membres inférieurs chez les indigènes, qui vont et travaillent les pieds et les jambes nus ». Un exemple particulièrement frappant de cet appel du virus à la peau est l'existence de gommès médiofrontales, observées par Lacapère chez les Musulmans, et dues au contact répété du front contre le sol pendant la prière. Il est certain, d'autre part, que la fréquence et la variété des infections cutanées et parasitaires de la peau favorisent l'efflorescence secondaire de la syphilis, ainsi que la localisation des accidents tardifs, et contribuent à donner à la syphilis africaine cette originalité exubérante des manifestations cutanées.

Les modifications hygiéniques et vestimentaires aboutissent à supprimer ce biotropisme par la disparition des causes d'appel à la peau. Chez l'Indigène transplanté, cette modification intervient avec son maximum d'effet.

MODIFICATIONS ALIMENTAIRES

Les changements d'habitudes alimentaires mériteraient d'attirer l'attention. Avant de les apprécier, il faudrait établir les grandes constantes biologiques ethniques, les mouvements possibles de ces constantes chez les transplantés pour saisir l'importance des mouvements du terrain, qui déterminent en fin de compte les fluctuations de réceptivité. Pareille enquête anthropo-biologique a déjà été menée en Indochine sous l'impulsion du Dr Huard et Autret, par de longues et minutieuses analyses a établi quelques constantes ethniques intéressantes des Indochinois. Dans cet ordre d'idées, Montel a été critiqué pour avoir pensé expliquer la rareté de la paralysie générale exotique par l'hypocholestérinémie des indigènes. Son seul tort est peut-être d'avoir voulu donner une explication univoque, mais cet élément est à retenir comme hypothèse de travail, au moment où l'étude des maladies métaboliques ouvre à la neurologie des horizons nouveaux. Van Bogaert d'une part, Guillaïn de l'autre, viennent de publier des observations de cholestérinose cérébrale et en dégagent l'intérêt pour la nosographie.

A propos de cette question alimentaire, rappelons encore l'énorme différence existant entre la ration alimentaire riche en glucides, mais par ailleurs si pauvre du noir de la Brousse, à la ration de type européen du noir évolué ou transplanté. Dans ces changements d'habitudes alimentaires intervient encore vraisemblablement comme cause de déséquilibre, le facteur éthylique diversement apprécié des auteurs mais sur lequel insiste, après Brault et Lacapère, le professeur Roger.

Il ne faudrait pas exagérer l'importance du danger alcoolique chez les indigènes évolués, car ceux-ci sont rarement assez riches pour acquérir en cette matière des habitudes comparables à celles que présente l'Européen. Mais il faut cependant constater que le noir réagit, en tant que sujet neuf, d'une façon désastreuse à des doses même minimales d'alcool, et en dehors de son action toxique propre, celui-ci intervient sans doute aussi « par la création d'une lésion neurosclereuse » et une tendance à l'hypertension, favorisant l'éclosion du tabès ou de la paralysie générale. Ce facteur est à retenir dans deux de nos observations.

MODIFICATIONS CLIMATIQUES.

Il y a d'autres composantes du dépaysement, qui mériteraient une analyse plus approfondie dans la pathogénie de la syphilis parenchymateuse de ces transplantés, mais ils échappent encore à l'examen clinique. Les modifications climatiques complexes du changement géographique entraînent certainement des répercussions biologiques. Nous saisissons déjà pour le paludisme des variations considérables, fonction du site géographique, à tel point qu'en Indochine on arrive à concevoir dans le paludisme et ses mouvements épidémiques et cliniques une « maladie de site physiographique ».

En ce qui concerne la syphilis, les fluctuations saisonnières de la sérologie chez les spécifiques sont connues. Riou a noté chez des coloniaux adultes spécifiques, chez des enfants hérédo-syphilitiques, des réactivations climatiques extrêmement suggestives, et il n'est pas impossible que ces mêmes réactivations puissent se produire en sens inverse chez les indigènes transplantés.

CHOCs EMOTIONNELS.

A côté de ces facteurs interviennent encore d'autres éléments. Il pourrait paraître osé de faire intervenir le surmenage intellectuel chez des tirailleurs, mais comme le fait remarquer Riou « on n'a pas étudié suffisamment le rôle peut-être favorisant des chocs émotionnels, des chocs moraux, qui peuvent être ressentis dans toutes les classes sociales ». Et chez un individu modelé dans son comportement psychomoteur par des conditions naturelles puissantes et simples, l'apprentissage de la vie militaire et de ses techniques provoque un effort d'adaptation réellement pénible, sans compter les nombreux chocs émotifs qui émaillent une vie nouvelle.

PALUDISME.

Avec le paludisme, nous abordons encore un facteur qui est bien diversement apprécié des auteurs. Les uns lui font

jouer dans l'apparition de la neuro-syphilis parenchymateuse un rôle empêchant certain, d'autres, se basant sur des cas cliniques, des statistiques, et sur le fait que certaines peuplades nègres d'Amérique, qui ne sont point infectées par le paludisme, ne sont cependant que rarement atteintes de paralysie générale (Plaut) émettent de sérieuses réserves sur son action.

Il faut analyser le paludisme au-delà du vocable si légèrement invoqué, pour concevoir l'antagonisme vraisemblable entre la prémunition palustre vraie et la paralysie générale. Certains auteurs ont même étendu cette action empêchante de l'infection paludéenne, à d'autres infections susceptibles d'aboutir aux mêmes résultats.

C'est ainsi que Mattauscheck et Pilez ont établi une statistique portant sur 4.134 syphilitiques chez lesquels ils trouvent une proportion globale de 4,79 % de paralytiques généraux. Par contre, ils n'en décelent pas un seul cas chez 241 de ces malades, qui avaient eu une infection fébrile dans la première année après la contamination syphilitique.

Lutrario, en 1933, examinant des statistiques sur la morbidité par malaria et par paralysie générale dans les différentes provinces italiennes, trouve dans les régions impaludées des taux minimes de P.G., alors que dans les régions non ou peu impaludées, ces taux atteignent des niveaux considérables.

Desogus, en 1938, aboutit également en Italie aux mêmes constatations, celles-ci s'appuyant sur des travaux échelonnés de 1924 à 1932. Cependant la Sardaigne, qui possède la mortalité par paludisme la plus élevée d'Italie, présente une proportion de cas de paralysie générale aussi élevée que dans des provinces où la mortalité causée par le paludisme est minime.

Faut-il alors admettre qu'il n'existe aucun antagonisme naturel entre le paludisme et la paralysie générale ?

Certainement pas. Mais de même que la malariathérapie n'a pas toujours une action curative sur la paralysie générale, de même le paludisme endémique ne saurait avoir une action préventive constante. Aussi, dans l'état actuel de nos connaissances à ce sujet nous nous bornerons à faire remarquer que le paludisme est une maladie à courte prémunition chez l'individu enlevé aux réinfestations anophéliniennes plus ou moins répétées des territoires endémiques. Chez le malade quittant les régions palustres, ou chez le contaminé accidentellement, le paludisme guéri le plus souvent en quelques mois, contrairement à ce que l'on a écrit et pensé

pendant longtemps. Or, les sujets dont nous rapportons les observations sont pour la plupart des transplantés, tandis que chez l'autochtone l'état réticulo-endothélial complexe qu'on appelle prémunition est entretenu par des réimpaludations continuelles. La différence brutale dans la fréquence de la paralysie générale, chez les transplantés en zone non palustre et chez les autochtones a donc une relation vraisemblable avec le paludisme.

THERAPEUTIQUE

Pour terminer, nous allons envisager le rôle de la thérapeutique dans le déterminisme neuro-parenchymateux de la syphilis. Ce rôle a été remarquablement mis en évidence par Sézary qui, après avoir fait remarquer, avec preuves à l'appui, qu'au fur et à mesure qu'elle a vieilli en Europe, la syphilis est devenue de moins en moins riche en lésions cutanées, et s'est attaquée de plus en plus au système nerveux », et qu'« il en a été de même dans les pays exotiques », constate « que certaines maladies prennent, avec le temps, un neurotropisme qu'elles ne possédaient pas jadis. témoin la varicelle dont Marfan a montré récemment l'affinité depuis quelques années pour les centres nerveux ».

Autre donnée plus importante, mise en évidence par cet auteur, c'est qu'un traitement insuffisant au stade primo-secondaire « est plus nocif que l'abstention thérapeutique, car il enraye d'abord les lésions cutanées dont le développement n'aurait pu que favoriser l'immunité, puis sans avoir détruit tous les tréponèmes, il abandonne ensuite l'organisme après l'avoir privé de ses défenses naturelles ».

Cette action du traitement insuffisant doit être envisagée, non seulement à l'échelon de l'individu chez lequel il est capable d'abréger considérablement l'incubation de la neurosyphilis parenchymateuse, mais encore « sur la collectivité et à travers les générations de cette collectivité. C'est en enrayant avec des médications insuffisantes l'effort d'immunisation de l'organisme à travers plusieurs générations, qu'on a créé le neurotropisme actuel de la maladie. Introduit plus tard dans les pays exotiques qu'en Europe, le traitement, qui ne guérit pas, commence seulement à lui manifester ses méfaits ».

Que penser chez le noir de nos entreprises thérapeutiques ?

Les traitements pratiqués jusqu'ici ont rarement dépassé quelques injections et cela se comprend plus facilement lorsqu'on a quelques données sur les obstacles que rencontre la lutte contre la syphilis dans nos colonies. Le principal réside surtout dans l'ignorance de l'indigène sur les dangers

des lésions primaires et secondaires, de la maladie, et l'insouciance dont il fait preuve en ce qui touche le traitement, la cure de blanchiment lui semble en général largement suffisante. Le médecin-colonel Campunaud, chef du Service de Santé de la Côte d'Ivoire, résumait ainsi cet état d'esprit dans son rapport annuel de 1940 : « l'indifférence des malades porteurs de syphilis vis-à-vis de leur affection reste, en Côte d'Ivoire, l'obstacle majeur à toute thérapeutique efficace. Les indigènes refusent encore de voir plus loin que les lésions cutanées apparentes, ne comprennent pas l'utilité d'un traitement long et régulier, et tous les postes, sans aucune exception, signalent les difficultés qu'ils ont dans ce domaine ».

Mais contrairement à ce que l'on pourrait craindre la paralysie générale reste exceptionnelle.

Faut-il penser avec Sézary que l'influence de ces thérapeutiques insuffisantes ne se manifesterait que plus lentement au travers de plusieurs générations ? Dans ce cas, il faut attendre pour juger de la réalité de cette lente orientation neurotrophique du conflit spécifique en pays noir.

Cependant un examen attentif de cet opportunisme thérapeutique, qui nous a été imposé par le climat ethnique africain, doit nous rassurer quelque peu. Comme le fait remarquer Riou, dans les « régions isolées de nos colonies... l'indigène reste soumis à l'influence des sorciers et des matrones, et on note là une proportion très élevée d'accidents tertiaires multiples, récidivants, polymorphes, tandis que les manifestations secondaires sont moins fréquentes, les lésions primaires sont exceptionnellement dépistées ».

Même dans les centres urbains, ce sont les accidents majeurs et voyants de la syphilis, qui conduisent les indigènes au médecin européen. Ils connaissent la rapidité avec laquelle ces grandes lésions cutanées, osseuses, fondent sous l'influence de la thérapeutique. Les traitements institués sont donc tardifs, mais courts et parfois répétés. L'indigène ne comprend pas la nécessité de la continuité des cures au-delà du blanchiment des lésions cutanées, ou de l'amélioration du syndrome viscéral épisodique.

Pourquoi ces traitements insuffisants n'ont-ils pas encore provoqué jusqu'à présent l'augmentation de la fréquence des neuro-syphilis parenchymateuses chez les noirs africains ?

Il paraît raisonnable de penser que c'est parce que ces traitements interviennent le plus souvent au-delà des accidents allergiques secondaires-tertiaires. Chez l'évolué, qui viendra consulter dès l'accident primaire, chez le transplanté soumis à la surveillance aussi suivie que possible du médecin, la grande révolution allergique, qui aboutit aux modi-

fications tissulaires de la syphilis expérimentale de l'autochtone, ne se produit pas. La peau perd sa force d'appel dans l'orientation du virus. Le traitement intervient avec précocité pour aider à la neutralisation de cette tendance. S'il est insuffisant, il s'ajoute à toutes les autres causes favorisantes pour déterminer l'encéphalite spécifique. C'est bien ce qui semble se passer chez les tirailleurs dont nous rapportons les observations. Deux d'entre eux sont jeunes. Dans l'observation 2, l'incubation de la paralysie générale paraît avoir été particulièrement courte, car les premiers troubles mentaux apparaissent deux ans après le chancre et un traitement insuffisant.

Il résulte de ce qui précède que le problème de la pathogénie de la neurosyphilis parenchymateuse est loin d'être simple, et qu'aucun des éléments, que nous avons passé en revue, n'est capable d'expliquer à lui seul l'immunité relative du système nerveux indigène vis-à-vis du tréponème. La solution doit en être vraisemblablement cherchée dans la conjugaison et l'intrication d'un grand nombre d'éléments étiologiques qui conduisent le virus à la cellule nerveuse.

Conclusion

Nous avons rapporté ici les sept observations de paralysie générale chez des noirs, qui ont suggéré le sujet de cette thèse. Elles viennent enrichir pour une grosse part les documents publiés sur la neuro-syphilis intertropicale car, nous l'avons montré au début de ce travail, le nombre de cas que nous avons pu relever dans la littérature, est extrêmement restreint. Nous avons examiné tout particulièrement quelques points intéressants, du diagnostic et de la pathogénie, de cette atteinte neuro-parenchymateuse chez l'indigène.

Bien que nos investigations dans ce domaine de la pathologie soient encore trop peu nombreuses pour en tirer des conclusions formelles, nous pensons cependant pouvoir préciser quelques points.

1° - L'existence certaine de la paralysie générale chez les noirs se dégage tout d'abord de ce travail. Les examens biologiques légitiment en effet dans nos observations un diagnostic par ailleurs probant au point de vue physique et psychique.

2° - L'extrême rareté de cette méningo-encéphalite spécifique en regard des innombrables cas de syphilis.

Cela répond-il à un état de fait ?

Cela semble fort probable, mais il serait vain de vouloir conclure sur ce point dans l'état actuel de nos connaissances. La réponse viendra d'elle-même au fur et à mesure que nos investigations et nos dépistages pénétreront plus avant dans la pathologie de la syphilis africaine.

3° - Le diagnostic de la paralysie générale indigène présente quelques difficultés supplémentaires, inhérentes au climat psychologique et social du Noir, et à la richesse de la pathologie infectieuse africaine, touchant le système nerveux, qui fournit à la sagacité de l'observateur des états méningés latents et des cas frustes de trypanosomiase dont

l'interprétation est souvent difficile. On ne saurait donc trop insister à cet égard sur la pratique extensive des examens systématiques du liquide céphalo-rachidien.

4° - Les conditions psychiques nouvelles, la neutralisation du dermatropisme de la syphilis du noir chez les dépayés, les modifications climatiques, la guérison du paludisme, les conséquences d'habitudes alimentaires nouvelles, sont les incidents majeurs d'une révolution biologique chez les transplantés, qui est susceptible, pensons-nous, d'expliquer d'une manière convenable le glissement du tréponème vers la cellule nerveuse. En effet, les quelques observations déjà publiées et celles que nous présentons concernent surtout des noirs évolués, tandis que l'autochtone vivant dans sa brousse semble y échapper. Il est encore difficile d'affirmer que cette antithèse répond à la réalité.

5° - Nos traitements antisypilitiques en pays noir, insuffisants et irréguliers il est vrai, mais dont la tendance était surtout de réaliser une bonne prophylaxie sociale, ne paraissent pas avoir chez l'indigène le même pouvoir néfaste sur l'apparition de la neuro-syphilis parenchymateuse que chez l'Européen.

L'explication de cette constatation réside sans doute dans ce fait que la thérapeutique anti-syphilitique n'intervient la plupart du temps, comme nous l'avons montré, qu'après l'apparition de l'immunité développée par les accidents allergiques secundo-tertiaires.

Il est cependant encore prématuré de porter un jugement sur cette thérapeutique, la mise en œuvre de nos traitements en pays noir est d'application trop récente et le Professeur Sézary a bien montré qu'il ne faut pas considérer l'action du traitement sur l'individu lui-même mais l'envisager sur la collectivité et à travers les générations de cette collectivité.

Quoi qu'il en soit, et malgré les difficultés rencontrées, le médecin colonial devra toujours éduquer les malades indigènes pour les amener à des traitements intensifs et suivis dès le début de leur maladie.

La neuro-syphilis parenchymateuse exotique n'a pas encore reçu, tant s'en faut, une mise au point définitive. Elle ne pourra se faire qu'au fur et à mesure que des observations nouvelles, fruits de recherches systématiques, viendront compléter son étude.

Bibliographie

- J. PEYROT. — P. G. chez un Dahoméen. *Société de Médecine et d'Hygiène Coloniale de Marseille*, 9 janvier 1924. *Marseille-Médical* 1924, N° 2.
- JAUNEAU. — Un cas de P.G. chez un malgache. *Marseille Médical*, 25 février 1928.
- A. MARIE et MIQUEL. — Deux cas de P.G. chez des nègres. Société Clinique de Médecine Mentale, 31 janvier 1929, *Revue Neurologique*, 1929.
- CAZENOVE et BRIQUY. — Un nouveau cas de P.G. indigène. Société de Médecine et d'Hygiène Tropicales, 30 mars 1933.
- P. WALVARENS et J. WALKER. — Syphilis nerveuse chez les noirs. *Annales de la Société Belge de Médecine Tropicale*, 30 octobre 1929.
- DEWULF et MARCHAND. — Syphilis nerveuse chez les Bakongo. *Annales de la Société Belge de Médecine Tropicale*, 20 mai 1934.
- BLANCHARD. — Neurotropisme des maladies infectieuses tropicales. *Grandes endémies tropicales*, 1927, Vigot.
- SÉZARY. — Syphilis exotique et syphilis nerveuse. *Presse Médicale*, 1926, n° 1, p. 4.
- SÉZARY et BARLÉ. — Paralysie générale et paludisme. *Bull. de la Soc. Franç. de dermatol. et de syphil.*, n° 5, p. 316-318, 1927.
- SÉZARY. — L'orientation de la syphilis exotique en 1934, *Maroc Médical*, 15 janvier 1935.
- La Syphilis du système nerveux, Masson, 1938.
- DESOILLE et GAULTIER. — Syphilis cérébrale. *Encyclopédie médico-chirurgicale, Neurologie*, 17.055.
- RIOU. — Quelques aspects de la syphilis aux colonies, *Grandes endémies tropicales*, Vigot, 1939.
- ROGER. — La neurosyphilis exotique. *Marseille Médical*, juin 1939.
- LEPINAY. — Evolution de la syphilis indigène marocaine depuis l'application des traitements modernes. *Bruxelles Médical*, 17 octobre 1937.
- HUOT. — L'aliénation mentale à Madagascar. *Annales de médecine et pharmacie coloniales*, 1936, p. 19.

- PEYRE. — L'assistance mentale aux colonies, *Annales de médecine et de pharmacie coloniales*, 1934, p. 445.
- DONNADIEU. — Situation actuelle de la syphilis nerveuse à forme mentale. *Marseille Médical*, 15 juin 1939.
- GOUGEROT. — Défense et immunisation par la peau. *Journal des Praticiens*, n° 51, 1933, p. 883.
— Défense cutanée ou immunisation spontanée des syphilitiques nord-africains. *Journal des Praticiens*, n°s 5 et 6, 1934.
- ANDRÉ. — A propos de la syphilis nerveuse exotique, *Lyon Médical*, 1929.
- DUJARDIN. — La syphilis et le terrain. *Bruzelles Médical*, 1934.
- LACAPÈRE. — Les causes d'orientation de la syphilis, la combinaison alcool-syphilis. *Presse Médicale*, 3 juillet 1919.
— La syphilis arabe (Maroc, Algérie, Tunisie), Doin, édit., Paris, 1923.
— Influence du paludisme sur la syphilis chez l'Arabe. *Revue Pratique des Maladies des pays chauds*, 1930.
- VAN DEN BRANDEN. — Réaction méningée de la syphilis chez un noir. *Bulletins et Mémoires de la Société de Pathologie Exotique*, 1916, n° 8, p. 570.
- GALLAIS. — Contribution à l'étude des états méningés en A.O.F. *Médecine Tropicale*, 1942, n° 10.
- GALLAIS et ARQUIÉ. — La cellule muriforme dans la trypanosomiase humaine africaine. *Médecine Tropicale*, 1941, n° 3.
- MONTEL. — Hypocholestérinémie des indigènes ; cause de la rareté chez eux des syphilis cérébrales. *Bulletins et Mémoires de la Société de Pathologie Exotique*, 1933.
- VAN BOGAERT. — Une forme cérébrale de la cholestérinose généralisée, Masson, Paris, 1937.
- GUILLAIN-BERTRAND, Mme GODET-GUILLAIN. — Etude anatomo-clinique d'un cas de cholestérinose cérébrale. *Revue neurologique* 1942, n°s 9 et 10.
— Maladies épidémiques, endémiques et sociales dans les colonies françaises (rapports annuels des colonies analysés dans les Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales).
- THIRONT. — Les maladies vénériennes dans les colonies françaises. Exposition de Marseille. Congrès de la Santé, 1922.
- GILCHRIST T.C. — Two unusual cases of annulated syphilis in negroes. *Maryland Medical Journal*, 1900.
- HAZEN H.H. — The so called annulated syphilis in the negroes. *Journal. Cut. Dis.*, 1913.
— Syphilis in American Negroes 1936. A comparison study of syphilis in coloured in and white woman with mental disorder. *American Journal of syphilis*, 1936.
- LOYD THOMPSON et KINGEBY (Lyle B.). — Syphilis in the negro. *American Journal of syphilis*, 1919.

- HOWARD F. — The annulated lesions in early syphilis in the negros. *Arch. f. u. Dermat. u. syph.*, 1912.
- HEWER T.F. — Syphilis of the nervous system in the Sudanese Brain, 1932.
- JONES F. — Syphilis in the negro. *The journ. of the American Medical Association*, 1936.
- MOORE. — Neurosyphilis in the whites and negros. *American Journal of syphilis*, 1921.
- NEEDLES. — Effect of endemic malaria on the incidence of neurosyphilis. *Arch. of Neurol. and Psychiatry*, september 1935, p. 618.
- ZARA (E.). — Su di un caso di paralisi progressiva in individuo di razza negra. *Ospedale Psichiatro*, juillet, 1935.
- DESOGUS. — Paralisi progressiva e endemia malarica. *Rivista di Pathologia Nervosa e Mentale*, mars-avril 1938, p. 179.
- LUTRARIO. — Sur la mortalité comparée de la fièvre malarique et de la paralysie générale progressive dans les provinces d'Italie. *Office international d'hygiène publique*, tome XX, fasc. 5, Paris, mai 1928, p. 719.
- LUTRARIO. — Paralysie générale et paludisme. *Office international d'hygiène publique*, tome XXV, fasc. 10, Paris, octobre 1933, p. 769.
- BUSINCO. — Sifilide e tubercolosi in terreno malarico. *Rassegna clinico-scientifica*, 10 oct. 1932, n° 10.
- ZALLA. — L'« enigma » della paralisi progressiva. *Riv. di pat. nerv. e ment.*, vol. 33, 1928, p. 353.
- PLAUT. — Paralysestudien bei Nögern und Indianern, Berlin, 1926.
- BORNSTEIN. — La paralysie générale chez les juifs. *Rocznik Psychiatryczny*, 1932, p. 332 ; *Rev. Neur.* 1932-2, p. 741.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'ins'truction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

LA PARALYSIE GENERALE
CHEZ LE NOIR D'AFRIQUE

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 4 juin 1943.

Le Professeur,
EQUIERE.

Vu :

Montpellier, le 4 juin 1943.

Le Doyen,
G. GIRAUD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 5 juin 1943.

Le Recteur,
SARRAILH.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions
émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être
considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur
donner ni approbation ni improbation.

